



## SØKNAD OM TRANSPORTTJENESTE FOR FUNKSJONSHEMMEDE

**Navn:**

**Adresse:**

**Født:**

**Telefon:**

Bor helt alene

Bor ikke alene,

Bor sammen med: Ektefelle  Voksne barn  Andre

Navn:

Født:

**Navn på behandlende lege:**

Har du kontakt med pleie- og omsorgstjenesten?  Ja  Nei

Har du kontakt med helse- og rehabilitering?  Ja  Nei

**Sykdom, funksjonshemming:**

**Er tilstanden varig, dvs. over 1 år?**  Ja  Nei

**Avstand fra bolig til:**

Bussholdeplass: ..... Butikk: ..... Kommunesentrum: .....

Kan du benytte buss/andre kollektive transportmidler?  Ja  Nei

Har du egen bil?  Ja  Nei

Dersom du ikke bor alene, er det andre i husstanden som har bil?  Ja  Nei

**Bruker du tekniske hjelpemidler:**

Rullestol       Gåstol       Krykker       Stokk

Annet:

Mottar du stønad til bil fra folketrygden?  Ja  Nei  
Mottar du stønad til annen transport fra folketrygden?  Ja  Nei

Har du behov for ledsager?  Ja  Nei  
Kan du benytte vanlig taxi?  Ja  Nei  
Har du behov for spesialbil?  Ja  Nei

**Dato :** .....      **Underskrift, søker:** .....

**Uttalelse fra:**

Fysioterapeut/ergoterapeut       Sykepleier       Lege

Hjemmehjelp       Andre:

Dato: .....      Underskrift: .....

Søknaden sendes til: Servicekontoret, Johannes Brunsgate 2, 7650 Verdal